

ANNEE 1970

THESE

N<sup>o</sup>

167

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean-Michel GLUCK

Né le 26 mars 1939 à Vanves (SEINE)

Externe des Hôpitaux de PARIS

*PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . .*

"CONTRIBUTION A L'ETUDE  
PSYCHO SOMATIQUE  
DES ALGIES VASCULAIRES DE LA FACE"

Président : Mr. DEPARIS, Professeur



ANNEE 1970

# THESE

N<sup>o</sup>

POUR LE

# DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

**Jean-Michel GLUCK**

Né le 26 mars 1939 à Vanves (SEINE)

Externe des Hôpitaux de PARIS

*PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . .*

**"CONTRIBUTION A L'ETUDE  
PSYCHO SOMATIQUE  
DES ALGIES VASCULAIRES DE LA FACE"**

Président : Mr. DEPARIS, Professeur





A mes parents,

reçu de l'éditeur

A tous les miens.

avec sa fille et son fils

et son fils et son fils



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41550203\\_0002](https://archive.org/details/IA41550203_0002)

A Monsieur le Professeur DEPARIS

Professeur de Clinique Médicale

Médecin de l'Hôpital de Bicêtre

qui m'a fait l'honneur d'accepter  
la présidence de cette thèse.





A Monsieur le Docteur BOUTTIER

Médecin de l'Hôpital Paul-Brousse

qui a bien voulu me recevoir dans  
son service et m'a inspiré le sujet  
de cette thèse.

Qu'il trouve ici la marque de ma  
reconnaissance.



A mes Maîtres d'Externat des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Professeur DAVID

Monsieur le Docteur SIGWALD

Monsieur le Professeur MILLIEZ

Monsieur le Professeur MALLET

Monsieur le Professeur MICHAUX.



## P L A N

|                        | Pages |
|------------------------|-------|
| - INTRODUCTION .....   | 1     |
| - HISTORIQUE .....     | 3     |
| - CLINIQUE .....       | 4     |
| - DIAGNOSTIC .....     | 9     |
| - ETIOPATHOGENIE ..... | 12    |
| - OBSERVATIONS.....    | 17    |
| - DISCUSSION .....     | 22    |
| - TRAITEMENT .....     | 31    |
| - CONCLUSION .....     | 37    |
| - BIBLIOGRAPHIE .....  |       |

---





## INTRODUCTION

A côté des douleurs de la face ayant une origine indiscutablement locale, et à côté de la névralgie du trijumeau, essentielle ou symptomatique, il existe une catégorie d'algies faciales qui, malgré un apparent polymorphisme, possède une unité clinique indiscutable :

- douleurs unilatérales et intermittentes
- survenant par accès caractéristiques, dont le topographie ne correspond pas au trijumeau.
- accompagnées de manifestations neuro-végétatives, vasomotrices en particulier.

Ce syndrome a été décrit sous des appellations variées (érythroproso-palgie; céphalée histaminique; sympathalagie faciale...) et, sa pathogénie a fait l'objet de nombreuses études que nous passerons en revue.

Pour le décrire, nous adopterons le terme d'"algies vasculaires de la face" qui semble assez bien convenir, dans la mesure où l'intervention d'un facteur vasculaire est assez généralement admise.

Mais il semble important, dans bon nombre de cas, de superposer un abord psychosomatique à l'étude de ces malades.

Et à propos de quelques observations nous mettrons en relief :

- la survenue de ces douleurs à des moments conflictuels.



- la personnalité de ces malades.
- la signification de ces algies, qui rejoint celle, plus générale, de toutes les céphalées.
- enfin l'importance de leur diagnostic exact, pour :
  - . appliquer un traitement approprié;
  - . éviter, par des traitements itératifs, la fixation souvent, alors indélébile, du malade sur son symptôme.



## HISTORIQUE

I - L'importance du facteur vaso-moteur a été reconnue dès les premières descriptions, ainsi qu'en témoignent les différentes appellations de ce syndrome par les auteurs qui l'ont étudié :

- "migraine rouge" (MOLLENDORF, 1867).
- "névralgie migraineuse" (HARRIS, 1926).
- "forme migraineuse des algies supra-orbitaires" (PUTNAM, 1896).

Ces dénominations ont le mérite d'attirer l'attention sur les relations qui existent entre ce type d'algie faciale et la migraine.

II - En fonction des conceptions étio-pathogéniques, d'autres termes ont été proposés :

- "névralgie sphéno-palatine" (SLUDER, 1908),
- "névralgie naso-ciliaire" (CHARLIN, 1931),
- "carotydinie" (FAY, 1932),
- "névralgie vidienne" (VAIL, 1932),
- en 1935, RILEY décrit les "algies cranio-faciales autonomes";
- HORTON en 1941 parle de "céphalée histaminique";
- ALAJOUANINE et THUREL défendent la conception de "sympathalgie faciale".
- Il faut enfin citer le "cluster headache" (céphalée en chapelet) des auteurs américains (KUNKLEE, 1952-FRIEDMAN, 1958-SCHILLER, 1960).





## CLINIQUE

Le tableau est souvent suffisamment évocateur pour que le diagnostic puisse en être porté sans difficulté.

1° - La douleur est strictement UNILATERALE et INTERMITTENTE.

- survenant par accès, qui siègent toujours du même côté du visage.
- ces accès durent de quelques minutes à une heure.
- leur rythme est variable, de jour comme de nuit, mais assez souvent ils se produisent électivement la nuit, à une heure relativement fixe, obligeant le malade à se lever et à déambuler.
- entre les accès, la douleur disparaît totalement.

2° - Au cours des accès, la douleur est d'emblée intense.

- mais elle atteint son maximum en quelques minutes.
- elle est violente, permanente, avec des recrudescences souvent intolérables, ayant un caractère térébrant, lancinant, pulsatile.
- puis elle diminue et disparaît assez brusquement.

3° - Les accès douloureux surviennent en général de façon spontanée.

Parfois provoqués par l'ingestion d'alcool. Mais il faut souligner l'absence constante de "trigger zone", caractère distinctif fondamental avec la névralgie du trijumeau.



4° - La topographie de la douleur est assez variable selon les malades, localisée ou très extensive.

- l'oeil et la région péri-orbitaire, la tempe, le maxillaire supérieur et les dents représentent les territoires d'élection.
- mais la douleur peut déborder largement le territoire du trijumeau, avec irradiations :
  - . inférieures vers le cou
  - . postérieures vers la région occipitale et la nuque.

La topographie de cette douleur ne peut être comprise en fonction du territoire du trijumeau. Par contre, la distribution des branches extra-craniennes de la carotide externe en rend parfaitement compte.

5° - Des signes associés neuro-végétatifs accompagnent souvent l'accès, siégeant du même côté que lui :

- injection conjonctivale et larmoiement.
- rhinorrhée et sensation d'obstruction nasale.
- rougeur du visage, avec sudation et augmentation de chaleur locale.
- et de façon inconstante :
  - . syndrome de Claude Bernard-Horner.
  - . hyperpulsatilité des branches de la carotide externe.

6° - L'évolution générale est particulière, elle se fait sur un mode périodique :

- pendant les périodes douloureuses, durant de quelques semaines à plusieurs mois, la douleur est quotidienne.
- celles-ci sont séparées par des intervalles libres variables, mois ou années.
- les récidives se font toujours du même côté du visage.



- chez certains malades, la périodicité est régulière, la douleur survenant tous les ans à la même époque.

Bien que dans la forme décrite la netteté séméiologique soit extrêmement précise, il est de toute façon indispensable :

- . de pratiquer un examen somatique complet, comprenant en particulier un examen neurologique précis.
  - . de demander un examen ophtalmologique et O.R.L.  
des radiographies du crâne,  
et un électro-encéphalogramme;
- tous examens ici négatifs.

Si la forme précédente n'offre pas de difficulté diagnostique, il faut savoir qu'il existe des ASPECTS BEAUCOUP MOINS EVOCATEURS :  
aucun élément n'est absolument constant.

- l'unilatéralité fait parfois exception; la douleur changeant parfois de côté au cours d'un accès, d'un accès à l'autre, ou au cours de poussées différentes.
- La survenue par accès intermittents est la règle
  - . mais il peut s'agir d'accès subintrants, laissant entre eux un fond douloureux permanent.
  - . le caractère périodique peut être estompé par des phases douloureuses particulièrement longues.
- Les signes neuro-végétatifs d'accompagnement sont inconstants.  
Le syndrome de Claude Bernard-Horner, habituellement transitoire, peut persister entre les accès.

Sur le plan topographique, dans le cadre des algies vasculaires de la face, on a décrit de nombreux tableaux :

#### 1° - Syndrome de SLUDER (1908)

- caractérisé par des crises douloureuses à maximum au niveau de la racine du nez, irradiant vers la région mastoïdienne, l'occiput, le membre supérieur et l'épaule.





- précédées et parfois accompagnées par une sensation de congestion maxillaire et nasale, ou une salve d'éternuements.
- attribué par l'auteur à la souffrance du ganglion sphéno-palatin, point de rencontre des innervations sympathique et para-sympathique, sous l'influence d'une épine irritative nasale.

## 2° - Syndrome de CHARLIN

- constitué par une douleur violente de l'angle interne de l'oeil, irradiant sur la racine et sur l'aile du nez.
- avec larmoiement, photophobie, hyperhémie conjonctivale et palpébrale, et hydrorrhée unilatérale.

CHARLIN invoque une souffrance du nerf nasal, dont on sait qu'il fournit la racine sensitive du ganglion ciliaire.

Le jeu des anastomoses sympathiques et para-sympathiques expliquant qu'une souffrance du nerf nasal entraîne l'ensemble des phénomènes sensitifs, oculaires et rhinologiques.

## 3° - Névralgie ciliaire de HARRIS (1936)

- crise douloureuse de la tempe, de la joue et de l'oeil, avec souvent congestion ciliaire et larmoiement.
- Pour cet auteur, attribuée à une lésion du ganglion ciliaire, et qu'il traite par alcoolisation du ganglion de Casser.

## 4° - Névralgie pétreuse de GARDNER (1947)

Douleur dans la région externe de l'arcade sourcilière, irradiant vers la joue, avec larmoiement, rhinorrhée et obstruction nasale.

## 5° - Syndrome de MONBRUN-BENISTY

Caractérisé par une douleur unilatérale rétro-oculaire, irradiant à l'occiput, avec vaso-dilatation faciale, sudation exagérée et hyperesthésie cutanée.



Cet ensemble de troubles survient dans les mois qui suivent une blessure de l'oeil et de l'orbite.

#### 6° - Syndrome de la temporale superficielle

Appartient au même groupe des algies vaso-motrices, il possède les mêmes éléments étiologiques, la même évolution par accès intermittents, d'une à plusieurs heures.

La douleur est ici superficielle, limitée au territoire sous-cutané de la temporale superficielle qui apparaît battante et turgescence au cours de l'accès.

L'infiltration novocaïnique péri-artérielle calme immédiatement l'accès.

#### EN FAIT :

"Tous ces syndromes se recoupent plus ou moins complètement sur le plan clinique. L'extrême complexité et l'intrication des innervations du segment céphalique rend compte de la fragilité d'une classification anatomique.

De plus, il n'est plus possible de les distinguer les uns des autres sur une base physio-pathologique". (CAMBIER).



## DIAGNOSTIC

I - L'aspect clinique des algies vasculaires de la face est le plus souvent évocateur, et permet d'éliminer une NEURALGIE FACIALE ESSENTIELLE. (Tic douloureux de la face de TROUSSEAU) ou :

- 1° - La douleur est paroxystique, par accès brefs en éclair.  
Entre les accès, les intervalles sont totalement indolores.
- 2° - Cette douleur est strictement localisée au trijumeau ou à une de ses branches.
- 3° - Elle est souvent déclenchée par une stimulation sensitive portant sur le territoire du V.
- 4° - enfin l'examen neurologique est et reste négatif, de même que l'électroencéphalogramme et les radiographies du crâne.

II - Devant une névralgie du trijumeau, il convient de rechercher systématiquement :

- 1° - des signes cliniques objectifs :
  - hypoesthésie ou dysesthésie de contact dans un territoire du trijumeau.
  - abolition ou diminution du réflexe cornéen.
  - atteinte du V moteur : paralysie masticatrice unilatérale.





2° - Il faut demander des examens complémentaires : EEG, radiographies du crâne (face, profil, incidences spéciales, tomographies des conduits auditifs) pratiquées et interprétées par un spécialiste averti).

3° - afin de déceler :

- une cause sur laquelle on puisse intervenir :

. essentiellement tumeur de l'angle ponto-cérébelleux (neurinôme du VIII).

- ailleurs il pourra s'agir :

. d'une S.E.P.

. d'une syringobulbie, ou s'associe souvent un déficit sensitif.

. d'un zona.

4° - Dans ces névralgies faciales secondaires, la douleur est en principe permanente.

En fait il existe souvent des paroxysmes sur un fond douloureux ou dysesthésique.

### III - Quant aux NEVRALGIES FACIALES ATYPIQUES :

elles posent un difficile problème diagnostique et nosologique.

Tout y est atypique par rapport à la névralgie essentielle :

- topographie mal systématisée, ne correspondant

. ni à un territoire vasculaire

. ni à un territoire nerveux

- leur type est variable : fourmillement, brûlure, tiraillement.

- évolution continue, au cours de laquelle les examens pratiqués et ils sont nombreux, restent négatifs.

- enfin leur intensité est modérée.

- le terrain est souvent particulier, qu'il s'agisse de sujets hypochondriaques, anxieux, phobiques, obsessionnels.





L'élément dépressif joue souvent un rôle important, et le traitement antidépresseur entraîne souvent des résultats bénéfiques.

Le problème reste posé de savoir s'il s'agit :

- de forme atypique de névralgie du trijumeau
- ou de cas limites avec les algies vasculaires de la face.

#### IV - L'ARTERITE TEMPORALE DE HORTON.

avec sa douleur fronto-temporale permanente ou survenant par accès paroxystiques, est bien différente : n'atteignant que les sujets âgés, elle entre dans le cadre des collagénoses, et l'attention est attirée par l'accentuation importante de la vitesse de sédimentation.

La biopsie de l'artère temporale donne le diagnostic, devant la panartérite gigantocellulaire.

Soulignons l'efficacité remarquable de la corticothérapie.

V - Il reste enfin à citer les ALGIES SYMPTOMATIQUES NON TRIGEMINALES,  
de CAUSE LOCALE :

- sinusite : maxillo-frontale, de diagnostic aisé
- : sphénoïdale surtout, de diagnostic difficile.
- glaucome chronique plutôt qu'aigu.
- algies d'origine dentaire, souvent incriminées à tort.



## PHYSIO-PATHOLOGIE

Elle est encore imparfaitement élucidée, malgré le grand nombre de travaux consacrés à l'étude de ces douleurs.

### I - S'agit-il d'une ALGIE MÉNINGÉE ?

Certains auteurs (DE SEZE et VERNEUIL; GUILLAUME; SIGWALD et RIBADEAU-DUMAS), se basant sur les travaux de PENFIELD sur les territoires sensibles de l'endocrâne (dure-mère et sinus veineux intra-crâniens), dont l'excitation provoque une douleur frontale et rétro-oculaire à irradiations temporale et mastoïdienne, font de ces douleurs des algies méningées, la sensibilité étant vectée par le trijumeau.

A l'origine de ces douleurs, on ne retrouve le plus souvent aucune cause. Parfois une cicatrice méningée, une poche de méningite séreuse. A l'appui de leur théorie, ils citent la guérison obtenue par section du contingent ophtalmique du trijumeau.

II - La plupart des auteurs sont unanimes pour considérer ces douleurs comme des ALGIES VASCULAIRES, dues à une vaso-dilatation douloureuse des artères extra-crâniennes.

Mais des différences considérables se font jour lorsqu'il s'agit de préciser le facteur étiologique en cause, et les voies de transmission de l'influx douloureux vasodilatateur.



## A - Intervention du PARASYMPATHIQUE

PASTEUR VALLERY RADOT, BARBIZET et BLAMOUTIERS décrivent en 1925 le syndrome de vasodilatation hémicéphalique, expliquant :

- le caractère de la douleur.
- sa topographie artérielle et non nerveuse.
- l'efficacité des thérapeutiques à action vasculaire.

La vaso-dilatation, relevant de fibres parasympathiques issues des noyaux situés sous le plancher du 4<sup>e</sup> ventricule; la crise douloureuse serait déclenchée par une irritation artériolo-capillaire provoquant une vaso-dilatation réflexe d'un territoire plus ou moins étendu des branches de la carotide externe.

Le point de départ de cette irritation serait dans la majorité des cas, pour ces auteurs, une affection locale, oculaire, nasale ou dentaire.

## B - Rôle du SYMPATHIQUE

### - Les "SYMPATHALGIES FACIALES"

- isolées par JABOULAY, VIDAL et SICARD
- furent défendues par TIREL, ALAJOUANINE et THUREL.

Ces auteurs pensent à l'existence d'une voie sensitive sympathique. Ils citent à l'appui la persistance des douleurs dans le territoire d'un nerf sensitif cérébro-spinal sectionné (après neurotomie rétro-gasserienne par exemple).

- Si le sympathique ne semble pas intervenir dans la genèse du trouble, il faut convenir qu'il joue sans doute un rôle :

- dans la transmission des influx douloureux par les fibres nerveuses qui cheminent dans l'adventice de la carotide externe et de ses branches.





- dans les signes d'accompagnement de ces douleurs, qui traduisent pour de nombreux auteurs une souffrance des fibres sympathiques oculo-motrices accompagnant les vaisseaux, pendant l'accès douloureux.

C - LERICHE, puis SICARD et GIRARD

- refusent au sympathique le rôle de vecteur d'une sensibilité, même douloureuse.
- font intervenir à l'origine de la douleur :
  - . une perturbation sympathique, vaso-motrice ou autre.
  - . Pour que la douleur se produise, les voies habituelles de la sensibilité sont nécessaires.
- Il n'y aurait pas sympathalgie mais "ALGIE SYMPATHICOGENIQUE".

D - Nous pouvons provisoirement conclure avec TAPTAS :

"Le dérèglement vaso-moteur peut-être à lui seul responsable des douleurs crânio-faciales localisées aux territoires des nerfs qui innervent ces vaisseaux. Mais il est difficile de préciser la cause de ce trouble vaso-moteur, et encore plus de savoir quelles sont exactement les voies végétatives responsables :

- inhibition de la vaso-constriction sympathique ?
- action de fibres vaso-dilatatrices sympathiques ?
- action du parasympathique ?"

E - ALGIES VASCULAIRES DE LA FACE ET MIGRAINE

Il existe entre ces deux affections d'étroites parentés qui permettent d'éclaircir, quoiqu'incomplètement, la physiopathologie.

I - Bien que sur le plan clinique ces deux syndromes douloureux soient très différents : dans la migraine,

- . l'âge de début est souvent plus précoce.



- . les prodromes visuels et digestifs sont fréquents.
- . la topographie de la douleur est intra-crânienne.
- . durée plus longue de la crise.
- . il existe des signes associés, visuels et digestifs.

II - Un certain nombre de points leur sont communs :

- Coexistence ou succession sont assez fréquentes.
- Analogie de structure psychologique.
- Réponse analogue aux mêmes médications : les médicaments les plus actifs dans la migraine sont aussi ceux qui donnent les meilleurs résultats dans les algies vasculaires de la face.

III - Le même mécanisme physio-pathologique semble être en cause dans les deux cas : pour la plupart des auteurs, ce type de douleur résulte d'une vaso-dilatation artérielle.

Cette vaso-dilatation :

- primitive pour PLUVINAGE, selon qu'il y a dilatation globale de tout le réseau artériel et veineux cérébral,
- n'a peut-être que la signification d'une réaction secondaire à une phase initiale d'ischémie, bien connue dans la migraine, et dont le mécanisme reste discuté :
  - . Vaso-constriction pour WOLFF et la plupart des auteurs américains.
  - . Ou bien (HEYCK) ouverture de communications artério-veineuses court-circuitant le réseau capillaire.

IV - Le mécanisme biologique de cette vaso-dilatation

n'est pas clairement établi, mais c'est dans cette voie sans doute, dans la libération de substance chimique endogène, sous l'influence d'une perturbation métabolique locale, que l'on peut espérer voir résolu le problème.



- 10 -

Plusieurs substances ont été incriminées :

1° - L'HISTAMINE

Son rôle, initialement étudié par HORTON, n'est plus admis actuellement.

2° - L'ACETYL-CHOLINE, dont on sait les propriétés vaso-dilatatrices, KUNKLEE a trouvé dans le liquide céphalorachidien de certains malades porteurs d'algies vasculaires de la face une substance comparable à l'Acétyl-choline, absente chez les sujets témoins. Cependant les recherches et les dosages ultérieurs n'ont pas confirmé cette hypothèse.

3° - Des études récentes suggèrent que cette douleur dépend partiellement de la libération dans les tissus des artères dilatées d'une substance douloureuse aux propriétés semblables à celles de la SEROTONINE et à la BRADYKININE.

4° - Certains travaux signalent une augmentation de l'excrétion urinaire de LYSINE pendant l'accès douloureux. Leurs auteurs émettent l'hypothèse d'une anomalie dans le métabolisme de cet acide aminé.

"De toute façon, deux inconnues majeures persistent :

- les raisons pour lesquelles les perturbations vaso-motrices et les douleurs tendent à se localiser à telle partie du territoire de la carotide externe.

(C'est peut-être à ce niveau qu'il convient de faire jouer un rôle aux épines irritatives locales et aux traumatismes.)

- La nature intime du trouble responsable des perturbations vaso-motrices et des troubles douloureux.

Il faut noter le profil psychologique particulier de ces malades, chez qui l'on a souligné la fréquence des ulcères gastro-duodénaux, ce qui pose le problème de l'intervention psychosomatique". (CAMBIER).





## OBSERVATION I

Mr. G., 38 ans.

- Instituteur de 38 ans, venu consulter pour une douleur temporo-malaire droite, avec striction en étai de l'aile du nez, et larmolement de l'oeil droit. Cette douleur, paroxystique, laisse place entre les accès à une impression de lourdeur de la tête.

- Le début des troubles date de 1954, alors que le malade était en voyage de noces, par l'apparition d'une douleur sur le trajet de l'artère temporo-zygomatique droite, avec larmolement et gêne rétro-orbitaire.

- Par la suite, les accès douloureux se sont régulièrement reproduits, conduisant le malade à une escalade thérapeutique sans succès :

- . 1956 : prescription sans effet d'antalgiques.
- . 1958 : l'extraction d'une dent incluse entraîne une amélioration passagère.
- . 1960 : neurotonie rétro-gassérienne.
- . En 1963, le malade va consulter un homéopathe qui prédit une crise atroce (qui a effectivement lieu), puis une cédation qui survient elle aussi.
- . 1965 : infiltration locale de corticoïdes.

Par ailleurs, tous les examens pratiqués (radiographies du crâne, E.E.G., examen O.R.L.) sont normaux.

- Il s'agit d'un sujet extrêmement anxieux, soumis à une organisation éthique rigoureuse, liée à l'existence d'une image paternelle terrifiante.

Le père, instituteur également, est décrit comme "autoritaire, tyrannique, il a "persécuté" le malade pendant son enfance; et celui-ci souligne lui-même la possibilité de l'origine de ses douleurs dans les taloches qu'il a reçues.





Celle-ci est apparue lors de la tentative d'autonomisation que constituait le mariage. Les crises ultérieures correspondent également à des événements conflictuels de la vie du malade.

## OBSERVATION II

Mr. W., 48 ans.

- Malade de 48 ans, directeur d'école, présentant depuis un an des douleurs crânio-faciales droites, siégeant dans la région temporale et rétro-orbitaire droite, irradiant à la nuque, accompagnées de larmoiement de l'oeil droit.

- Mr. W., ancien instituteur, est directeur d'école depuis 2 ans. Il a des activités multiples : politiques, syndicales, il s'occupe de plus d'un club de jeunes et d'oeuvres scolaires. Lorsque l'on lui demande de parler de son métier, il répond : "Je n'ai pas donné de giffles depuis 15 ans, car dans ce métier on ne peut pas être violent".

- Il est marié, père de 3 enfants. L'ainée, âgée de 25 ans, s'est mariée 2 ans auparavant, et est partie à la Martinique. La séparation a été difficile, car il s'agit d'une famille très unie, mais ce mariage a été bien accepté par le malade.

- Au cours des entretiens, le malade est très réticent, se disant profondément choqué par la tentative d'abord de ses problèmes : "Ma maladie est physique, je ne pense pas être malade moralement". Par la suite, il dira avoir effectivement un problème affectif, mais être assez grand pour le résoudre lui-même.

- Tous les examens complémentaires pratiqués sont normaux.

- Traitement pendant l'hospitalisation : Tegretol et Dihydroergotamine.



OBSERVATION III

Mr. E., 26 ans.

- Malade de 26 ans, souffrant depuis son retour du service militaire il y a 2 ans de douleurs pulsatiles sus et péri-orbitaires droites, avec hyperhémie conjonctivale.

- Au début, cette douleur apparaissait aux moments de détente ou de non-activité, chez un sujet hyperactif à la vie mouvementée (en plus de son travail de décorateur dans un grand magasin qui l'absorbe beaucoup, nombreuses sorties nocturnes).

Un an auparavant, il décide de se fixer, et se marie avec une amie qu'il connaissait depuis plusieurs années. La douleur devient de plus en plus fréquente et intense, réveillant souvent le malade la nuit.

Il est à remarquer que cette douleur ne survient que dans le milieu familial.

- Bilan neurologique (E.E.G., radiographies du crâne, gammagraphie) normal.

- Pendant l'entretien, présentation très séduisante, avec expression verbale aisée, sans beaucoup de réactions affectives. Cependant le malade se fige lorsqu'on essaye de le faire parler de ses relations avec ses parents et sa femme : "cela n'a aucun rapport".

Il reconnaît avoir un caractère irritable, avec troubles fréquents du comportement.

OBSERVATION IV

Mr. L., 56 ans.

- Algie vasculaire de la face depuis 5 ans, apparue après la mise à la retraite de cet ancien cheminot.



Auparavant, aucun antécédent céphalique, le sujet menait une activité syndicale et politique intense, très investie. La mise à la retraite a entraîné une décompensation brutale.

- Pendant l'entretien, attitude de défense agressive, le malade manifestant un besoin massif de sollicitude et d'approbation.

#### OBSERVATION V

Mr. V., 35 ans.

- Dessinateur industriel de 35 ans, présentant depuis 2 ans une douleur en éclair de la région naso-génienne droite, durant quelques secondes. Plusieurs extractions dentaires sont pratiquées sans succès.

Puis la symptomatologie se complète : la douleur occupe l'aile droite du nez, l'arcade sourcilière droite, et diffuse à la joue et à toute l'hémiface droite; elle est à type de pression, et laisse après une dizaine de minutes une impression d'endolorissement.

Le malade va consulter de nombreux dentistes (qui pratiquent extraction sur extraction), plusieurs médecins, qui prescrivent chaque fois un traitement symptomatique plus ou moins efficace. Le gynergène entraîne une amélioration passagère.

- Parmi les antécédents :

- . à 29 ans, ptosis gauche et syndrome de Claude Bernard-Horner ayant régressé spontanément;
- . à 24 ans, épisode de paresthésies des talons spontanément résolutif; explorations neurologiques normales.
- . lombalgies de longue date.

Le malade met ces accidents inexplicables, de même que les troubles actuels, au compte d'une affection unique, sous l'influence des divers épisodes de sa vie.







Il pense que malgré les examens complémentaires (normaux) pratiqués après chacune de ses consultations, les médecins sont chaque fois passés à côté de quelque chose.

Les différents traitements symptomatiques des nombreux médecins consultés lui ont donné l'impression de n'avoir jamais été pris au sérieux.

#### OBSERVATION VI

Mme F., 58 ans.

- Depuis 3 mois, cette malade de 58 ans présente :

- . une hémicranie gauche pulsatile, irradiant à la région fronto-orbitaire,
- . avec bourdonnement d'oreille gauche et impression de mouche volante.
- . Cette douleur, évoluant par crises brèves, s'accompagne de sensation de vertiges et d'angoisse.

- E.E.G., examen O.R.L., radios du crâne et gammagraphie sont normaux.

- L'existence de cette malade a été difficile :

- . 3ème d'une famille de 11 enfants, elle a été à l'école ... 11 ans, puis a travaillé dans une usine dès cette époque.
- . Elle se marie à 19 ans, avec un homme très coléreux.
- . à 38 ans, elle perd son mari (tuberculeux) et doit se remettre à travailler pour élever ses 3 enfants.
- . Il y a 6 mois, un de ses fils, non assuré social, a eu une pleurésie, et la malade s'est beaucoup inquiétée des problèmes que cela posait. Elle n'avait personne à qui se confier, pleurait souvent, n'arrivait plus à dormir.
- . Actuellement, elle est très fatiguée, travaille sans qualification professionnelle dans une usine, et est très préoccupée par la proximité d'une retraite insuffisante.

- Pendant l'hospitalisation, un traitement par Anafranil + Valium = cédation des troubles et de l'anxiété.



## DISCUSSION

I - Il est d'abord nécessaire de justifier l'approche psychosomatique de ces malades.

- Certes quelles que soient les circonstances conduisant un patient à consulter, il est indispensable d'avoir de lui une connaissance globale; et au même titre que l'examen somatique et les investigations complémentaires, "l'intérêt du malade est tout autant que le médecin se demande si une perturbation de la vie émotionnelle de son patient s'exprime au travers de son symptôme. La compréhension psychosomatique n'a pas pour but, en première analyse, la recherche d'un mécanisme, mais la mise à jour de ce que le malade vient à la fois apporter et demander par le biais de ce symptôme". (ALBY).

- MARTY définit les maladies psychosomatiques par le rapport essentiel et spécifique existant entre la maladie et la situation conflictuelle inconsciente du malade;

"de telle sorte que l'on puisse saisir un lien précis

- entre conflit inconscient et maladie

- mais aussi entre la nature de ce conflit et la forme même de la maladie en cause".

C'est ce lien que nous allons nous efforcer de préciser.



## II - Personnalité de ces malades.

De nos observations ressortent plusieurs points communs :

1° - Le caractère anxieux est fréquemment retrouvé

. et ceci indépendamment de l'anxiété qu'engendre tout symptôme localisé à la tête.

. Il faut souligner à ce sujet la part de l'affectivité au cours de tout phénomène douloureux. Certes intervient l'intensité du stimulus, mais aussi la réaction personnelle du malade à sa douleur. Il est évident que douleur et souffrance ne sont pas synonymes.

2° - L'hyperactivité est pratiquement constante, qu'il s'agisse d'occupations professionnelles, syndicales, politiques. Le souci de perfection, de réussite sociale chez ces sujets est souligné par la plupart des auteurs.

L'apparition du symptôme lors d'une réduction de cette activité, c'est-à-dire à une période favorisant l'introversion, est presque constante et significative.

3° - Ce sont souvent des sujets psychorigides, réticents lors des tentatives d'approche de leurs préoccupations personnelles. Leur personnalité est voisine de celle des migraineux, souvent décrits comme bien-pensants, solennels, dignes, autoritaires, dépourvus de sens de l'humour.

4° - Mais ces traits présentent une certaine labilité chez ces malades, qui sont en cela différents des migraineux. Et certains auteurs (ENGEL) considèrent la douleur comme un symptôme hystérique de conversion.

5° - Cette douleur peut également être le signe d'un état dépressif sous-jacent, cependant beaucoup moins fréquent que chez les porteurs de névralgie faciale atypique.





6° - La structure masochiste semble être commune à la plupart de ces sujets. L'observation VI à cet égard est significative : après toute une vie marquée par des difficultés de toute sorte (par ailleurs parfaitement bien tolérées), le symptôme est apparu au moment précis où ces difficultés se sont estompées. "Et l'on est bien obligé de penser que le malade puise en lui-même la souffrance que les autres ne veulent plus lui donner". (MARTY).

7° - Enfin les difficultés d'adaptation sexuelle sont fréquentes. (TOURAINÉ et DRAPER).

Mais tous ces traits, bien que fréquemment retrouvés chez les malades présentant des algies vasculaires faciales, ne leur sont pas particuliers : ils sont également présents chez nombre de migraineux, d'hypertendus, d'asthmatiques.

La question qui se pose alors est celle du choix et de la signification du symptôme.

On ne peut, pour tenter d'y répondre, dissocier l'étude de ces douleurs de celle, plus générale, des céphalalgies, que MARTY définit comme "l'inhibition douloureuse de l'acte de penser".

Elles ont toutes en commun d'être en rapport avec un conflit émotionnel, au cours de l'évolution duquel la défense céphalalgique apparaît à des moments caractéristiques.

### III - Choix du symptôme.

Dans sa thèse "l'analyse conceptuelle en médecine psychosomatique", DAVID insiste sur la nécessité de rapporter le désordre envisagé à son âge d'organisation et corrélativement à son lieu de manifestation. Il décrit ainsi une succession de niveaux d'organisation psychosomatiques répondant au développement de l'individu depuis son origine, en liaison avec les différents états énergétiques et psychodynamiques qui y correspondent.



"Un spectre, une gamme, se trouve par là définie, qui va du point de vue descriptif :

. du niveau ou manifestations somatiques et intentionnalité sont littéralement fusionnés,

. jusqu'à celui où la symptomatologie organique a une valeur symbolique directe par rapport au contenu psychique.

La correspondance organique de ce spectre semble aller :

- d'un plan humoral, le plus archaïque (R.C.H., asthme, eczéma)
- à un plan neuro-végétatif, à manifestations viscérales (H.T.A., ulcère gastro duodénal).
- et enfin à un plan sensori-moteur  
(rachialgies, céphalalgies, syndromes classiques de conversion)".

L'auteur souligne de plus la correspondance entre ces différents symptômes et l'état du moi; nous reviendrons plus tard sur les implications thérapeutiques de cette constatation.

### III - Nature de la situation conflictuelle inconsciente.

#### A - L'agressivité

dont le lien avec le symptôme est manifeste dans l'observation II, est le dénominateur commun à la plupart de ces malades, qui rejoignent là les autres céphalalgiques.

Soulignée par plusieurs auteurs, elle est toujours inconsciente, qu'il s'agisse de colère réprimée, d'hostilité contenue, bref de situation conflictuelle dans lesquelles le sujet ne peut trouver une issue à des tensions émotionnelles et les retourne contre lui-même

- ALEXANDER décrit l'accès agressif complet en 3 phases. Pour cet auteur, le symptôme observé sera différent en fonction du stade où se produit l'inhibition :



. "si les inhibitions entrent en jeu dès le début de la préparation psychologique de l'agression, une crise de migraine se déclenche.

. Si la seconde phase, celle de préparation végétative de l'attaque, est déjà en train de s'organiser, mais que le processus soit stoppé, une hypertension artérielle s'installe.

. Et si l'acte volontaire lui-même n'est réprimé que dans la 3ème phase, une prédisposition à des accidents arthritiques ou à des syncopes vaso-motrices pourrait en être la conséquence".

Quoiqu'une formulation aussi rigide soit difficile à suivre, elle souligne à juste titre le lien entre céphalée et agressivité, ainsi que l'importance de cette dernière dans la vie émotionnelle.

- Pour FROMM-REICHMANN, le symptôme céphalalgique apparaît lorsqu'une hostilité inconsciente dirigée contre l'intelligence de l'objet extérieur se retourne, par culpabilité, contre la propre tête du sujet (castration mentale). Là réside en effet toute une partie de l'interprétation des céphalalgies.

B - Les conflits préœdipiens sont également mis en avant dans la genèse du symptôme.

- ALVAREZ et H. WOLFF pensent que les migraineux ont une personnalité essentiellement anale (soulignons à ce propos la double rétention de la pensée et de la motricité chez les céphalalgiques).

- PICHON-RIVIERE considère leurs crises comme des troubles de conversion prégénitale.

- CARCAMO les juge comme des personnalités obsessionnelles classiques.

C - MARTY, étudiant l'origine de la céphalée banale,

. tout en insistant sur l'importance du facteur anal, mais aussi sur celle du facteur oral, avec report de la castration sur ces deux plans,







. met l'accent sur le point essentiel selon lui qu'est le déplacement élémentaire, c'est-à-dire l'érotisation de l'intelligence, qu'il considère comme un phénomène post-oedipien". Ce déplacement se fait toujours sur un thème sado-masochique; il s'agit d'une castration de l'intelligence, dans le sens de compréhension et de conscience.

Constatant que les premières céphalées n'apparaissent jamais avant l'âge de 6 - 8 ans, il se demande "si chez l'enfant à cet âge la notion de valeur de la raison, qu'il ressent subitement comme pouvant lui appartenir et le rendre totalement conscient, n'est pas aussi ressentie comme un danger. Les blocs inconscients de pensée infantile se heurtent à ces éléments rationnels nouvellement acquis. Ce heurt doit être éprouvé comme dangereux. Il n'est pas question de supprimer les éléments de la pensée infantile et magique, sérieusement incrustés dans l'individu. Par contre, cet individu peut se garantir contre l'apport nouveau et dangereux en n'en tenant pas compte, en l'inhibant. Remarquons à ce sujet la proximité de cette défense, si elle existe, avec la défense que procure la castration. C'est là, pensons-nous, qu'apparaissent les céphalées.

"La prise de conscience individuelle, c'est-à-dire le moment de l'aboutissement de l'évolution de la pensée, doit être un moment dangereux, chargé d'une valeur affective très ambivalente. Il doit suffire qu'à ce moment certains traumatismes directs ou indirects surviennent, pour qu'une inhibition de la pensée rationnelle se produise, accompagnée de céphalalgies, qui constituent, avec le substrat du mécanisme physiologique sur lequel elles reposent, l'expression extérieure, l'expression positive de ce phénomène d'inhibition."

Ultérieurement, dans la vie d'individus ayant eu de la sorte des difficultés et des céphalées en raison du danger de la pensée consciente rationnelle, toute difficulté du même ordre, avec les charges génitales, anale et orale possibles, sera un facteur déclenchant possible".

D - Nous avons surtout souligné que les céphalées étaient liées aux défenses contre les pulsions agressives. Elles peuvent également être en rapport avec les conflits engendrés par les pulsions libidinales.



Il faut noter à ce sujet leur association fréquente à des troubles oculaires.

"L'activité visuelle, qui n'est pas seulement un instrument de connaissance, participe à la vie fantasmatique de l'enfant. Elle est l'objet des mêmes interdits et des mêmes tensions que l'activité intellectuelle. Un conflit névrotique peut engendrer des symptômes localisés à la sphère visuelle. Tous ces troubles sont en rapport avec la culpabilité inconsciente vis-à-vis de pulsions réprimées comme l'exhibitionisme et le voyeurisme. Une céphalée accompagne fréquemment ces symptômes névrotiques". (ALBY). Inhibition de la vision et de l'intelligence vont souvent de pair. C'est ce que résume FAIN par l'équation : "ne pas voir = ne pas comprendre".

V - La liaison entre le symptôme céphalalgique et certaines situations de la motricité constitue la perspective la plus originale et vraisemblablement la plus fructueuse dans l'explication du passage de la situation conflictuelle aux mécanismes physiologiques céphalalgiques.

A - Nous avons souligné dans nos observations la survenue presque constante des algies vasculaires de la face à des périodes de ralentissement de l'activité, chez des sujets jusque là hyperactifs.

On peut penser que lorsque la fuite en avant dans l'action est devenue impossible, l'apparition de la douleur à une période favorisant l'introversion permet d'éviter l'abord d'une situation conflictuelle inconsciente, et l'émergence de l'angoisse en focalisant celle-ci.

B - Rappelons que céphalalgies, rachialgies et symptômes classiques de conversion, sont mis par DAVID sur un même plan sensori-moteur.

C - MORTON - FRENCH

.. Constate l'apparition de céphalalgies à la suite de rêves de patients en analyse, lorsque ces rêves exprimeraient des désirs refoulés au moyen d'images immobiles.





. Pour cet auteur, le patient, en proie à une tension agressive ou érotique jugée inconsciemment par lui coupable et dangereuse, tente de lui donner issue en la visualisant dans un rêve.

. Invoquant le principe de STOCKARD selon lequel les toxines atteignent un organisme au point où le développement est le plus actif, l'auteur explique que "les symptômes résultant de la frustration d'une activité attaquent de préférence les organes les plus actifs ou les plus sous tension au moment de la frustration". Il oppose alors les algies musculaires aux céphalées frontales. Il y a "déplacement de l'impulsion énergétique en activité visuelle ou intellectuelle, mais l'inhibition est encore plus complète" : au lieu d'observer une figure active, le patient est fasciné par une figure immobile. En accord avec notre principe, dit MORTON-FRENCH, de s'attendre à voir siéger le symptôme somatique dans l'organe qui est le plus sous tension, nous nous apercevons que dans ce cas les patients développent une céphalée".

D - FAIN et MARTY, s'appuyant sur l'examen de rachialgiques, (dont la plupart étaient en même temps céphalalgiques), soulignent le double blocage intellectuel et moteur de ces malades, les représentations pétrifiées des rêves étant le reflet visuel (blocage de la représentation d'action puis crainte de l'action) de la double inhibition.

Certes nous sommes-nous éloignés de notre point de départ, les algies vasculaires de la face. Mais on ne peut isoler les fonctions pour les étudier. La céphalalgie, inhibition de la fonction psychique, ne peut être examinée isolément, sans les études, connexes au moins, des activités motrice et visuelle (MARTY et FAIN).

Ces auteurs, rejetant, du point de vue théorique, les distinctions classiques et modernes entre les différents groupes étiologiques de céphalées, ne veulent considérer comme point de départ de leurs études que l'INHIBITION DOULOUREUSE DE LA PENSEE, élément primordial et généralisable, dans ses relations avec certains groupes de fonctions évolutivement proches.





Ils étudient les mécanismes d'intégration et de dissolution des fonctions que constituent le psychisme, la motricité, la vision.

Ils considèrent que la CEPHALEE EST L'INDICE PATHOLOGIQUE D'UN TOURNANT CAPITAL DE LA VIE DE RELATION (d'où sa fréquence dans les périodes fécondes des psychoses, d'où se venue dans le traitement analytique comme résistance ultime devant la prise de conscience de conflits importants). ELLE EST UNE INHIBITION PSYCHIQUE EN LIAISON ETROITE AVEC L'INHIBITION MOTRICE DU PASSAGE A L'ACTE D'AGRESSION.



## TRAITEMENT

Il faut reconnaître qu'il s'agit d'un symptôme et non d'une maladie. Disons d'emblée avec CAMBIER que ce traitement doit être exclusivement médical, à l'exclusion de tout geste chirurgical. Nombreuses sont les observations ou les différents traitements itératifs, loin de soulager le malade, ne font que l'ancrer sur son symptôme.

L'objet du traitement est double :

- soulager la douleur immédiate
- tenter de prévenir la survenue d'accès ultérieurs.

### I - TRAITEMENT DE L'ACCES DOULOUREUX

C'est essentiellement le rôle du traitement médicamenteux. Celui-ci n'est ni simple, ni régulièrement couronné de succès. Les seuls médicaments permettant de manière assez constante de couper l'évolution de l'accès douloureux sont ceux qui agissent en augmentant le tonus constrictor des artères du territoire carotidien externe. Ils sont également efficaces contre les crises migraineuses.

#### 1° - Le TARTRATE D'ERGOTAMINE

- administré par voie parentérale dès le début de l'accès, à la dose de 0,25 mg, une à deux fois par 24 h, est assez souvent efficace. Il l'est moins constamment sous forme de suppositoires.



## 2° - La DIHYDROERGOTAMINE

parentérale ou par voie buccale, est moins efficace à court terme, mais son administration prolongée permet d'espacer les crises et de diminuer leur intensité.

Les contr'indications artérielles, hépatiques et rénales de ces deux drogues doivent être connues.

## 3° - La METHYSERGIDE est d'un maniement plus facile.

- administrée per os de façon continue pendant les périodes douloureuses, elle permet dans bon nombre de cas de suspendre l'accès, à la posologie atteinte progressivement de 3 à 4 dragées par jour.

- L'association de ce produit à un inhibiteur de la mono-amine-oxydase se révèle dans la plupart des cas plus efficace que l'usage isolé de l'un de ces deux médicaments. Outre leur action anti-dépressive, les IMAO ont en effet une action anti-céphalalgique certaino.

4° - Parmi les autres corps à activité anti-sérotonine, il faut citer la DIMETIOTAZINE, qui représente un médicament efficace à double action préventive immédiate, et même curative de la crise.

## II - TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

### 1° - Les TENTATIVES CHIRURGICALES sont aussi nombreuses que décevantes :

- section ou alcoolisation du trijumeau
- cocaïnisation du ganglion spinal
- ligature de l'artère temporale
- phénolisation du ganglion sphéno-palatin
- avulsion du nerf occipital

toutes ces interventions, qui donnent parfois des résultats transitoires, sont souvent retrouvées dans les antécédents des malades porteurs d'algies vasculaires de la face, ce qui prouve leur peu d'efficacité, soulignée par de nombreux auteurs.





2° - Nous en rapprocherons le traitement des causes locales, invoquées par les ORL et les stomatologues.

"Le résultat de ces traitements locaux est tout à fait variable et imprévisible :

- souvent totalement inefficace

- parfois suivi de la disparition plus ou moins rapide des phénomènes douloureux; encore faut-il noter que ce résultat est tout à fait éphémère". (CAMBIER)

On peut se demander, poursuit l'auteur cité, quand un traitement local entraîne une amélioration spectaculaire, dans quelle mesure ce résultat n'est pas en réalité la conséquence d'une agression non spécifique.

### 3° - LA PSYCHOTHERAPIE

constitue chez de nombreux malades la méthode thérapeutique la plus adéquate.

- Il est au préalable indispensable d'évaluer la personnalité, afin d'apprécier la situation conflictuelle, les mécanismes de défense, le degré de maturation de la personnalité, les possibilités de régression, l'importance des bénéfices secondaires, et les capacités d'investissement affectif et de sublimation.

- La technique de l'anamnèse associative de F.DEUTSCH a pour but de faire surgir, dans le contexte dynamique actuel de l'entretien, la liaison originale entre situation conflictuelle et symptomatologie organique. Cette méthode repose sur le processus d'identification de l'investigateur au malade, et sur le maintien d'une situation relationnelle permettant à ce dernier le libre développement de ses projections, de ses défenses et des expressions diverses de ses distorsions.

Au lieu d'obtenir des informations éparses à partir de questions imprégnées d'intentions explicatives, on peut ainsi observer le trouble selon son dynamisme vrai. Souvent émergera au cours de l'entretien ce que l'on pourrait appeler des "noeuds psychosomatiques" c'est-à-dire la coalescence d'une expression physique et d'une variation affective ou intellectuelle, en un moment fécond, généralement significatif de l'évolution transférentielle.



- Au cours de cet entretien, la seule manifestation de l'investigateur devra être la reprise en écho de certaines expressions du malade, afin d'avoir une présence dépouillée au maximum de son altérité et de sa particularité objectale.

Le malade se trouve ainsi renvoyé à un stade ancien de son évolution. Happé par ce mouvement de régression induite (qui a l'avantage, en raison de son allure anodine, de court-circuiter les défenses névrotiques), le malade va :

- tantôt réagir par l'émergence de noeuds psychosomatiques
- tantôt s'y dérober par la manifestation de résistance particulière :
  - . référence explicite à la somatisation
  - . recours à des manifestations somatiques quasi-symptomatiques
  - . utilisation d'une liaison explicative, éventuellement convaincante, de ses symptômes avec ses propres conflits.
- Au terme de cet examen, on décidera du type de traitement à proposer au malade; une fois reconnue la signification du symptôme :
  - "-tantôt il peut présenter le signe d'une désorganisation;
  - tantôt au contraire il peut avoir pour le malade une valeur organisatrice, à un niveau donné, et par rapport à un risque de désorganisation plus poussé". (DAVID)

#### - LES THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUSES

peuvent représenter le type de traitement le mieux adapté, soit qu'un abord psychosomatique direct soit refusé, soit qu'il apparaisse comme menaçant un équilibre fragile.

Qu'il s'agisse des médicaments dont nous avons parlé ci-dessus, ou de tranquillisants, de sédatifs ou d'antidépresseurs, l'efficacité thérapeutique sera fonction :





. Certes de la valeur pharmacologique du médicament

. Mais aussi :

- de la relation du patient avec la drogue
- de sa relation avec le médecin  
de l'attitude positive ou négative de celui-ci vis à vis du  
traitement qu'il propose.
- du refus inconscient ou du désir d'aller mieux du malade.

#### - LES PSYCHOTHERAPIES COURTES D'INSPIRATION ANALYTIQUE

ont pour objet de permettre au sujet d'établir un lien entre son symptôme et sa vie émotionnelle, les conditions d'environnement qui le déclenchent ou qui le modifient.

Le sujet pourra ensuite prendre conscience de la relative spécificité de ses situations conflictuelles, et de la façon dont il y réagit.

Une relation pourra être établie entre le vécu actuel et les conflits infantiles.

Une attitude peu frustrante du thérapeute, relativement active, est habituellement nécessaire pour maintenir une relation transférentielle positive, souhaitable chez de tels malades.

MARTY préconise l'arrêt de la psychothérapie dès que possible après la disparition du symptôme, pour éviter la réactivation de conflits profonds.

Pour ALBY, une certaine souplesse dans le maniement de la relation peut permettre d'élargir les indications, et d'approfondir, le cas échéant, le travail thérapeutique, c'est-à-dire au delà du symptôme; aider le patient à réaménager plus ou moins profondément certaines habitudes névrotiques.

#### - UNE CURE PSYCHANALYTIQUE

est en pratique rarement envisagée.





Pour MARTY, la migraine est une indication typique du traitement analytique classique.

D'autres auteurs pensent que l'indication d'un tel traitement ne doit pas être posée en fonction du symptôme céphalalgique, mais plutôt du trouble de la personnalité.

- Par contre les cures de RELAXATION

sont souvent indiquées.

Les avantages sont les mêmes que les psychothérapies courtes, mais l'intellectualisation des défenses est évitée plus facilement par la prise de conscience d'un "vécu corporel". La défense psychosomatique que constitue le symptôme est plus facile à respecter. On évite ainsi de mobiliser trop rapidement les pulsions agressives bloquées.



## CONCLUSION

I - La connaissance des algies vasculaires de la face, entité clinique bien définie, permet d'éviter la confusion avec une névralgie du trijumeau et ceci d'autant que :

- leur traitement médical est bien codifié,
- toute intervention chirurgicale est à rejeter.

II - Devant une algie vasculaire de la face, la recherche d'une cause locale doit bien sûr être systématique. Mais on ne proposera au malade l'intervention du spécialiste que devant une anomalie manifeste.

III - L'aspect psychosomatique souvent négligé nous a semblé devoir être retenu :

- certes les observations que nous avons présentées sont modestes et incomplètes,
- mais avec de nombreux auteurs, il nous semble important chez de tels malades de rechercher par une écoute attentive et par un interrogatoire non directif une perturbation de leur vie émotionnelle.

Cette compréhension fait partie du traitement, et peut bien souvent permettre d'obtenir une amélioration de ces malades, sans négliger le traitement médical très actif.



Vu, le Président de Thèse

Professeur DEPARIS

Vu, le Doyen de la Faculté

G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE





## BIBLIOGRAPHIE

ALBY J.M.

Facteurs psychosomatiques dans les céphalées.  
Les céphalées vasculaires - Symposium Sandoz 1966).

BARBIZET J.

Céphalées vasculaires.  
Thèse Paris 1950.

BONDUELLE M. et LORMEAU J.

Algies faciales.  
E.M.C. Neurologie - 17091 A 10.

CAMBIER J. et MASSON M.

Les algies dites vasculaires de la face.  
Revue du Praticien 1966 - n° 10 - 1275-1283.

DAVID C.

L'analyse conceptuelle en médecine psychosomatique.  
Thèse Paris 1961.

DEBAIN J.J.

Les algies faciales vasculaires.  
Revue de Médecine - Mars 1966 - n°7.

DE PARIS M. et MANIGAND G.

Le praticien devant une névralgie faciale.  
Presse Médicale - Décembre 1965 - 73-56.

FRIEDMAN A.P.

Cyclical head and face pain its diagnosis and treatment.  
AMA Arch. Neurol. 1960 - n° 2.



LASCELLES S.

Atypical facial pain and depression.  
British J. Psychiat. 1966 - n°112.

LESSE J.

Autonomic facio-cephalalgia : a psychosomatic syndrome.  
Trans - Amer - Neur. ass. 1961 - 86.

MARTY P.

Les céphalalgies.  
E.M.C. Psychiatrie 1955 - 37480 G 10.

MARTY P.

Aspect psychosomatique de l'étude clinique de quelques cas de  
céphalalgies.  
Revue française de psychanalyse. 1951 - n° 2.

NICK

Aspect psychiatrique des céphalées.  
Vie Médicale 1964 - n° 45.

PECH A. et GARCIN M.

Algies crânio-faciales non migraineuses.  
Sandoz - 1966.

SPERLING M.

Study of migraine and psychogenic headache.  
Psychanalytic rev. 1952 - 39.

---





